

Oralno zdravlje osoba sa psihotičnim poremećajima

DOI: 10.2298/SGS0803180J

Oral health in individuals with psychotic disorders

Svetlana Jovanović, Ivanka Gajić

Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

School of dentistry, University of Belgrade

INFORMATIVNI RAD (IR) INFORMATIVE ARTICLE

KRATAK SADRŽAJ

Mentalna oboljenja su značajan problem svake nacionalne zdravstvene službe. Značaj psihotičnih poremećaja nije samo u njihovoj učestalosti, već i u dugotrajnosti, povratnom karakteru, povezanosti sa drugim bolestima, prapratnim troškovima i posledicama po porodicu i društvo.

Psihotični poremećaji (shizofrenija, shizoafektivni poremećaji, bipolarni poremećaji i depresija) i njihovo lečenje mogu izazvati značajna oralna oboljenja. Ovi poremećaji kao i različiti lekovi koji se koriste za lečenje bolesti mogu izazvati niz oralnih komplikacija i sporednih efekata, pri čemu se najčešće susreće veliki procenat karijesnih i ekstrahovanih zuba, rasprostranjenost oboljenja parodontijuma, loša oralna higijena, suvoća usta, žarenje i peckanje u usnoj duplji, zadržavanje iz usta i poremećaj čula ukusa.

Na zdravlje usta i zuba psihotični poremećaji utiču dvojako. Izmene ponašanja usled osnovne bolesti utiče na nivo održavanja oralne higijene i dovodi do formiranja nezadovoljavajućih navika, stavova i ponašanja u odnosu na oralno zdravlje. Primena antipsihotične terapije nepovoljno utiče na oralno zdravlje. Literaturni podaci ukazuju na to da je oralno zdravlje ljudi sa psihotičnim poremećajima loše i ističe se potreba za specifičnim preventivnim stomatološkim programima čiji je cilj poboljšanje ponašanja ove rizične populacije u oblasti stomatološke zdravstvene zaštite.

Ključne reči: *oralno zdravlje, faktori rizika, prevencija, psihotični poremećaji*

SUMMARY

Mental disorders are an important problem in every national health care service. The importance of psychotic disorders is not only their frequency but also their long-term character, recurrence, association with other diseases, costs and consequences for the family and society.

Psychotic disorders (schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorders and depression) and their treatment may result in serious oral diseases. These disorders and medications used to treat them may lead to a series of oral complications and side effects, predominantly high prevalence of carious and extracted teeth, periodontal disease, inadequate oral hygiene, xerostomia, burning mouth syndrome, bad breath and gustatory sense dysfunction.

Psychotic disorders affect oral and dental health in two ways. Behavioural changes affect the oral hygiene maintenance and lead to bad habits and attitudes towards oral health. Antipsychotic therapy has adverse effects on oral health. Literature data suggest that oral health in patients with psychotic disorders is poor and highlight the need to develop specific preventive programmes, which would be aimed at improving behaviour of this population at risk in the oral health care system.

Key words: *oral health, risk factors, prevention, psychotic disorders*

Populacija osoba sa psihotičnim poremećajima predstavlja grupu sa visokim rizikom za oralna oboljenja. Psihotični poremećaji utiču dvojako na oralna oboljenja. Izmena ponašanja usled osnovne bolesti utiče na nivo održavanja oralne higijene, koja se ogleda u zanemarivanju ili odsustvu održavanja oralne higijene što je naročito izraženo kod hospitalizovanih bolesnika. Takođe, izmena ponašanja dovodi i do formiranja nezadovoljavajućih navika u odnosu na oralno zdravlje. Antipsihotična terapija pod kojom su osobe sa psihotičnim poremećajima, nepovoljno utiče na oralno zdravlje. Kako se uglavnom radi o hroničnim bolesnicima, uzimanje medikamentozne terapije traje duži vremenski period, pa su mogućnosti za oštećenje oralnog zdravlja veće, a promene dugotrajnije.

Analizirajući dosadašnja istraživanja ovog problema u svetu, uočava se da je stanje oralnog zdravlja ove populacije znatno lošije od stanja oralnog zdravlja u opštoj populaciji. Identifikovani su faktori osnovne bolesti medikamentozne terapije koji učestvuju u pogoršanju oralnog zdravlja u ovih bolesnika. Veliki procenat karijesnih i ekstrahovanih zuba, rasprostranjenost oboljenja parodontijuma, loša oralna higijena, suvoća usta, žarenje i peckanje u usnoj duplji, zadah iz usta, poremećaj čula ukusa, najčešće su registrovani u studijama oralnog zdravlja osoba sa psihotičnim poremećajima.

Definisanje i klasifikacija psihotičnih poremećaja

„Psihotično” se javlja kao pogodan opisni termin u klasifikaciji mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Njegovo korišćenje ukazuje na prisustvo halucinacija, iluzija ili ograničenog broja nekih abnormalnosti u ponašanju, kao što su preterana uzbuđenost ili preterana aktivnost, markirana psihomotorna retardacija i katatonično ponašanje. Termin „poremećaj” koristi se da označi postojanje klinički prepoznatljivog skupa simptoma ili ponašanja vezanih, u većini slučajeva, za duševnu patnju i uticaj na funkcije ličnosti.

The population of individuals with psychotic disorders is a high-risk group for oral diseases. Psychotic disorders affect oral health in two ways. Behavioural changes affect the oral hygiene maintenance in such a way that oral hygiene is inadequate or absent, especially in hospitalized patients. Furthermore, behavioural changes lead to establishing bad habits regarding oral health. Antipsychotic therapy, applied in patients with psychotic disorders, has adverse effects on oral health. As these are predominantly chronic conditions, medications are taken over a long period of time, which increases the risk for oral diseases and their duration.

Analysing the research on this problem worldwide, it can be concluded that oral health in this population is significantly worse than in general population. Main disease and treatment factors, leading to deterioration of oral health in such patients, have been identified. High prevalence of carious and extracted teeth, periodontal disease, inadequate oral hygiene, xerostomia, burning mouth syndrome, bad breath and gustatory sense dysfunction are most often observed in studies on oral health of individuals with psychotic disorders.

Definition and classification of psychotic disorders

“Psychotic” is used as an accepted qualitative term in the classification of mental and behavioural disorders. Its use comprises hallucinations, illusions or a certain number of behavioural abnormalities, such as hyper-excitation or hyper-activity, marked psychomotor retardation and catatonic behaviour. The term “disorder” is used to indicate the presence of clinically recognizable group of symptoms or behavioural characteristics associated with, in most cases, mental suffering and personal functions.

F20 Shizofrenija	F30 Manična epizoda
F21 Shizotipski poremećaj	F31 Bipolarni afektivni poremećaji
F22 Perzistentni poremećaji sa sumanutošću	F32 Depresivna epizoda
F23 Akutni i prolazni psihotični poremećaji	F33 Rekurentni depresivni poremećaji
F24 Indukovani poremećaj sa sumanutošću	F34 Perzistentni poremećaji raspoloženja
F25 Shizoafektivni poremećaji	F38 Drugi poremećaji raspoloženja
F28 Drugi neorganski psihotični poremećaji	F39 Nespecificovan poremećaj raspoloženja
F29 Nespecificovana neorganska psihoza	

Tabela 1. Klasifikacija psihotičnih poremećaja Svetske zdravstvene organizacije
Table 1. Classification of psychotic disorders according the World Health Organization

Kao termin "psihotično" se koristi za grupu oboljenja u ICD-10 klasifikaciji mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders), kategorija od F20 do F39 (1). Shizofrenija je najčešći poremećaj u grupi psihotičnih poremećaja od F20 do F29, a poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji) svrstavaju se u grupu psihotičnih poremećaja od F30 do F39.

Shizofreni poremećaji se, uopšte uzev, karakterišu temeljnim i karakterističnim poremećajima u mišljenju i opažanju, i neprimernim ili zaravnjenim afektom. Nepomućena svest i intelektualna sposobnost se održavaju, mada se vremenom mogu razvijati izvesni kognitivni deficiti. Simptomi shizofrenije su uglavnom grupisani u tri sindroma. Prvi je pozitivni sindrom ili distorzija realnosti, koji karakterišu sumanutosti, halucinacije i fenomeni pasivnosti. Drugi je negativni sindrom koji se sastoji od simptoma deficita i uključuje negativni poremećaj mišljenja, socijalno povlačenje, apatiju i zapuštenost. I treći je dezorganizacija, koju karakteriše pozitivni poremećaj mišljenja (2).

Kod poremećaja raspoloženja osnovna smetnja je promena raspoloženja ili afekta, obično ka depresiji (sa ili bez pridružene anksioznosti) ili ka ushićenju. Ova promena raspoloženja često je praćena promenom ukupnog nivoa aktivnosti i većina ostalih simptoma su ili sekundarni, ili lako shvatljivi u kontekstu promene raspoloženja aktivnosti. Veći broj ovih poremećaja pokazuje tendenciju rekurentnosti i početak pojedinačnih epizoda često je u vezi sa stresnim događajima ili situacijama. Depresija je bolno afektivno stanje koje izražavaju tri osnovna simptoma: depresivno raspoloženje, psihomotorna inhibicija i anksioznost. Na ovu simptomatološku trijadu se obično nadovezuju prateći organski poremećaji i u njih svrstavamo: depresivnu asteniju, poremećaje nagonskog života i fiziološke poremećaje. Poremećaji nagonskog života su poremećaji spavanja (teškoća usnivanja, česta buđenja tokom noći, prerano buđenje ujutru i nesаницe su često mešovite), poremećaji apetita (anoreksija i ređe bulimija) i seksualni poremećaji (gubitak libida). Fiziološki poremećaji su skoro obavezni i promenljivi su u zavisnosti od kliničke slike, a naročito od stepena anksioznosti: digestivni (suvoća usta, mućnina, konstipacija ili teška dijareja), kardiovaskularni (kardiovaskularna hipotonija ili hipertoniја), mišićni (mišićna hipo ili hipertoniја, drhtanje, parestezije ili dizestezije, glavobolje i razni bolovi), urinarni i drugi poremećaji^{3,4}.

The term "psychotic" is used for the group of disorders under ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, categories from F20 to F39.¹ Schizophrenia is the most common disorder in the group of psychotic disorders from F20 to F39 whilst mood disturbances (affective disorders) are classified as psychotic disorders from F30 to F39 (Table 1).

Schizophrenic disorders are, generally, characterized by profound and characteristic disturbances in thinking and perception, inadequate and flat affect. Clear consciousness and intellectual ability persist but certain cognitive deficiencies may develop over time. The symptoms of schizophrenia are grouped as three syndromes. The first one is a positive syndrome or reality distortion, characterized by delusions, hallucinations and passiveness phenomena. The second one is a negative syndrome, comprising the deficiency symptoms which consist of a negative disturbance in thinking, social retreat, apathy and squalor. The third one is disorganisation, characterized by a positive disturbance in thinking.²

In mood disturbances, the major one is the change in mood or affect towards depression (with or without associated anxiety) or exaltation. This change is frequently associated with the change of total activity level and most other symptoms are secondary or easily apprehended in the context of mood disturbance. More of these disturbances have a recurring tendency and individual episodes are often associated with stressful events or situations. Depression is a painful affective state characterized by three symptoms: depressive mood, psychomotor inhibition and anxiety. This triad of symptoms is often succeeded by an organic disorder such as: depressive asthenia, instinct and physiological disturbances. Instinct disturbances are associated with sleep (difficulty in falling asleep, frequent awakenings during the night, early morning awakening and insomnia are often combined), appetite (anorexia and less frequently bulimia) and sex (the loss of libido). Physiological disorders are almost mandatory but vary depending on the clinical picture and the level of anxiety in particular: digestive (xerostomia, sickness, constipation or heavy diarrhoea), cardiovascular (cardiovascular hypotonic or hypertonic states), muscular (muscular hypotonic or hypertonic states, tremor, paresthesia, disesthesia, headache, various painful states), urinary and other disorders.^{3,4}

Epidemiologija psihotičnih poremećaja

Mentalna oboljenja su značajan problem svake nacionalne zdravstvene službe. Značaj psihotičnih poremećaja nije samo u učestalosti, već i u dugotrajnosti, povratnom karakteru, povezanosti sa drugim bolestima, propratnim troškovima i posledicama po porodicu i društvo.

Prema procenama Svetske zdravstvene organizacije, broj obolelih od depresije u svetu nikad nije manji od 120 miliona, pri čemu je među njima dvostruko više žena nego muškaraca. Jednogodišnja prevalenca depresivnog poremećaja u populaciji starijih od 18 godina kreće se od 6,3% do 11,3%, u zavisnosti od procedure ispitivanja. Doživotna stopa prevalencije za teške oblike depresije (odnosno psihotične depresije) procenjena je između 12% i 17%. Stopa prevalencije lakših oblika depresije u populaciji starijih od 18 godina je oko 5,4%, a za manično-depresivne psihoze je 1,2% (5).

Pojava shizofrenije u industrijalizovanim zemljama kreće se u rasponu od 10 do 70 novih slučajeva na 100.000 stanovnika godišnje. Stopa prevalencije za shizofreniju iznosi od 0,5% do 1% (6). Geografska rasprostranjenost shizofrenije nije slučajna: nedavna istraživanja pokazala su da postoji povećana stopa prve pojave bolesti kod ljudi koji su rođeni ili odrasli u gradovima sa manjim brojem stanovnika. Utvrđena je povećana stopa prevalencije shizofrenije u nižim socioekonomskim klasama. "Socijalno pomeranje" u društvenim klasama i ka siromašnim delovima gradova može se delom objasniti mogućim delovanjem specifičnih faktora rizika životne sredine (npr. prenaseljenost, zloupotreba droga). Početna pojava bolesti karakteristična je za doba između 20 i 39 godina starosti, ali bolest se takođe može pojaviti i pre puberteta ili oko sedme ili osme decenije života. Najčešće doba starosti za pojavu bolesti iznosi 20-28 godina za muškarce i 26-31 godina za žene. Prevalencija shizofrenije znatno je veća kod oba pola kod osoba koje nisu u braku. Kod ljudi sa shizofrenijom dvostruko su veće starosno-standardizovane stope smrtnosti u odnosu na opštu populaciju i oni su u većoj meri skloni lošem fizičkom zdravlju. Povećana smrtnost najvećim delom javlja se tokom prvih nekoliko godina od početnog utvrđivanja dijagnoze. Tome doprinose faktori u ranoj fazi uključujući samoubistvo, uz kasnije faktore, kao što su kardiovaskularni poremećaji, koji delom nastaju zbog lošeg stila života pacijenata i kojima je zajedničko prekomerno pušenje i gojaznost.

U našoj zemlji od psihotičnih poremećaja boluje oko 6,5% stanovništva (7). Od shizofrenije boluje 1%, depresije i drugih afektivnih poremećaja 5% i svih drugih psihotičnih poremećaja od 0,2% do 0,5% stanovništva. Prevalencija hospitalizovanih osoba sa psihotičnim poremećajima u starosnoj grupi od 18 do 60 godine iznosila je 2003. godine 1 na 1.000 stanovnika. Od ukupno 3.853 hospitalizovanih osoba sa psihotičnim poremećajima, u Beogradu je hospitalizovano 1.280 (33.2%).

Epidemiology of psychotic disorders

Mental disorders are an important problem in every national health care service. The importance of psychotic disorders is not only their frequency but also its long-term character, recurrence, association with other diseases, costs and consequences in the family and society.

According to the World Health Organization, the number of people suffering from depression is never less than 120 million and the number of women is twice the number of men. One-year prevalence of depression disorders in the population above 18 years of age is between 6.3% and 11.3% depending on the methodology of investigation. Lifelong prevalence of severe forms of depression (psychotic depression) is estimated between 12% and 17%. The prevalence of milder forms of depression in the population above 18 years of age is *circa* 5.4% whereas manic-depressive psychosis occurs in 1.2% of the population.⁵

Schizophrenia varies from 10 to 70 new cases per 100 000 people each year in industrial countries. The prevalence of schizophrenia is 0.5-1%.⁶ Geographic distribution of schizophrenia is not accidental: recent studies have shown there is an increased chance for the first occurrence of this disorder in people born or raised in towns with small number of inhabitants. Increased prevalence of schizophrenia has been observed in lower socio-economic classes. This "social shift" between social classes and towards poorer urban areas can be explained partially by specific environmental risk factors (e.g. overpopulation, drug abuse). The start of this disorder is characteristic for the age of 20-39 years but it can occur before puberty or around 7th or 8th decade of life. The disorder occurs most frequently in men aged 20-28 and women aged 26-31 years. The prevalence of schizophrenia is significantly greater in single persons of both sexes. In people with schizophrenia, the death rates according to age are twice of those in general population and these people are more inclined to poor physical health. The increased death rate occurs mostly during the first few years after the initial diagnosis. This is affected by early-phase risk factors, such as suicide, followed by later factors, such as cardiovascular diseases, which partially occur due to the specific life style with heavy smoking and obesity.

In our country, around 6.5% of the population is affected by psychotic disorders.⁷ Schizophrenia has been diagnosed in 1%, depression and other affective disorders in 5% and all other psychotic disorders in 0.2-0.5% of the population. The prevalence of hospitalized patients with psychotic disorders aged 18 to 60 years was 1 per 1000 people in 2003. Out of the total 3853 hospitalized patients with psychotic disorders, 1280 were hospitalized in Belgrade (33.2%).

Oralne promene kod osoba sa psihotičnim poremećajima

Zdravlje usta i zuba i opšte zdravlje neraskidivo su povezani. Oralno zdravlje je odraz opšteg zdravstvenog stanja osobe, uzimanja lekova, štetnih navika i načina ishrane. Jasno je da brojne sistemske bolesti i stanja, kao i mnoge medikamentozne terapije, imaju oralne manifestacije. Takođe, postoji odnos oralnog zdravlja i kvaliteta života. Zdravlje usta i zuba utiče na ishranu, govor, smopoštovanje, uzajamno delovanje u društvu, obrazovanje, razvoj karijere i emocionalno stanje i stoga je tesno povezano sa blagostanjem i kvalitetom života kada se meri u funkcionalnoj, psihološkoj i ekonomskoj dimenziji. Oboljenja usta i zuba su značajan ukupan društveni teret koji nastaje kao rezultat lošeg zdravlja (8).

Uznepredovala oralna oboljenja često se sreću kod ljudi sa psihotičnim poremećajima iz nekoliko razloga. Zbog osnovne bolesti, kod osoba sa psihotičnim poremećajima dolazi do izmene ponašanja, socijalni kontakti su zanemareni, briga za opšte i oralno zdravlje je smanjena i dolazi do formiranja nezadovoljavajućih zdravstvenih navika, koje se ogledaju i u zanemarivanju ili odsustvu održavanja oralne higijene što je naročito izraženo kod hospitalizovanih bolesnika. Istraživanja u svetu i kod nas su pokazala da ova populacija, u odnosu na opštu populaciju, ima više ekstrahovanih zuba, manje plombiranih zuba, više nesaniranih zuba s karijesom, veću rasprostranjenost oboljenja parodontijuma, znatno niži nivo oralne higijene i češću pojavu suvoće usta, žarenja i peckanja u usnoj duplji, zadaha iz usta i poremećaja čula ukusa (9-11).

Istraživanje o oralnom zdravstvenom statusu kod hospitalizovanih psihijatrijskih pacijenata u Južnom Velsu otkrilo je da je njih 16,3% bilo bezubo a ostali deo populacije imao je manje plombiranih zuba i više ekstrahovanih zuba nego što je slučaj kod opšte populacije (12). U jednom sličnom istraživanju sprovedenom u Indiji, 88% hospitalizovanih psihijatrijskih pacijenata imalo je potrebu za konzervativnom stomatološkom negom, a kod 16% pacijenata bilo je potrebno složeno parodontalno lečenje (13).

McCreadie i saradnici utvrdili su da osobe sa shizofrenijom u Velikoj Britaniji imaju lošije oralno zdravlje u odnosu na opštu populaciju. Istraživanje je obuhvatilo 428 osoba sa shizofrenijom iz šest različitih region, prosečne starosti 43 ± 13 godina. Prosečno trajanje bolesti bilo je 23 ± 8 godina. Znatno više osoba sa shizofrenijom starosti od 16 do 64 godine bilo je bezubo (20,3%) u odnosu na opštu populaciju iste starosti (9%). Razlog poslednje posete stomatologu kod većine osoba sa shizofrenijom, bio je bol ili oralni problem (61%), a 33% je posetilo stomatologa radi redovne kontrole. Redovno održavanje oralne higijene primenjivalo je 75% osoba sa shizofrenijom, a kod opšte populacije 96% osoba (14).

Oral manifestations in patients with psychotic disorders

Oral and dental health is inseparable of general health. Oral health mirrors the general health, medications, bad habits and dietary habits. It is clear that numerous systemic diseases and conditions as well as medication treatments have oral manifestations. Moreover, there is a link between oral health and the quality of life. Oral and dental health affects diet, speech, self-respect, social activities, education, career development and emotional condition and it is, therefore, closely related to the quality of life measured in functional, psychological and economic dimensions. Oral and dental diseases are an important social burden which is due to poor health.⁸

Advanced oral diseases are often seen in people with psychotic disorders due to several reasons. Because of the main disorder, there are changes in behaviour, social contacts are neglected, general and oral health concern is decreased, bad habits are formed, oral hygiene is inadequate or absent, especially in hospitalized patients. Research worldwide and in our country showed that this population, compared to general population, has more extracted or carious and less filled teeth, more advanced periodontal disease, poorer oral hygiene, more frequent xerostomia, burning mouth syndrome, bad breath and gustatory sense dysfunction.⁹⁻¹¹

Research on oral health status in hospitalized psychiatric patients in South Wales revealed that 16.3% of them were edentulous, and the rest had less filled and more extracted teeth than general population.¹² In a similar study in India, 88% of hospitalized psychiatric patients were in need of restorative dental care and 16% of them required complex periodontal treatment.¹³

McCreadie et al. reported that patients with schizophrenia in Great Britain had poorer oral health than general population. The study comprised 428 patients from 6 different regions, average age 43 ± 13 years. The average duration of the disorder was 23 ± 8 years. Significantly more individuals aged between 16 and 64 years were edentulous (20.3%) compared to general population of the same age (9%). The reason schizophrenic patients visited their dentist was pain or oral problem (61%) and routine check-up was the reason in 33%. Regular oral hygiene maintenance was observed in 75% of schizophrenic patients and in 96% of general population.¹⁴

Barnes i saradnici ustanovili su da se glavne potrebe ljudi sa psihijatrijskim poremećajima, uključujući i ljude sa shizofrenijom, odnose na profilaksu, uklanjanje kamenca i parodontalnu terapiju (15). Hede je u svom istraživačkom radu pokazao da samo 55% ljudi sa psihijatrijskim poremećajima primenjuje redovno pranje zuba (16). Štaviše, Valesco i Bullon su otkrili da je kod hospitalizovane psihijatrijske populacije, koja poseduje zube, potreba za uputstvima o oralnoj higijeni značajna (91,5%), a za profilaktičku zubnu negu 77,3% (17).

Negativni simptomi osnovnog oboljenja doprinose hroničnom toku bolesti i često ometaju rehabilitaciju. Ovi simptomi, koji uključuju avoluciju i apatiju, doprinose neadekvatnom oralnom zdravstvenom stanju jer smanjuju sposobnost i želju osobe za obavljanje preventivnih postupaka u oblasti oralne higijene (18). Kognitivni nedostaci (npr. slabo pamćenje i pažnja, rešavanje problema) kod osoba sa shizofrenijom i shizoafektivnim poremećajima mogu uticati na njihovu sposobnost da izvuku korist od programa za obučavanje u veštinama. Ovi nedostaci mogu smanjiti stepen sticanja veština, poboljšanja veštine, i klinički odgovor na intervencije u vidu obučavanja u veštinama.

Dodatni rizik za oboljenja usta i zuba kod osoba sa psihotičnim poremećajima su i neželjena dejstva antipsihotičnih lekova, koja imaju negativne orofacijalne efekte. Učestalost neželjenih dejstava lekova određena je kao česta ukoliko se pojavljuje kod više od 1% pacijenata koji uzimaju lek, retka kod 0,1-1% pacijenata i veoma retka kod manje od 0,1% pacijenata (19). Često neželjeno dejstvo lekova je suvoća usta koja se javlja kod uzimanja antipsihotika, antidepresiva i litijuma. Inhibicija salivacije uzrokovana tricikličnim antidepresivima opisana je kao uzrok karijesa (20). Kod nekih od nabrojanih lekova može se retko javiti povećano lučenje pljuvačke umesto suvoće usta (haloperidol, hlorpromazin, tioridazin, flufenazin, levomepromazin, sulpirid, risperidon, litijum), sa ili bez otoka pljuvačnih žlezda, dok se kod upotrebe klozapina hipersalivacija pojavljuje sa incidencijom i do 54%. Suvoća usta je često neželjeno dejstvo litijuma, a retka su sialadenitis, disgeuzija, stomatitis i hipersalivacija. Veoma retko se javljaju oralne ulceracije i benigni migrirajući glositis (lingua geographica). Kod tricikličnih antidepresiva (mianserin, amitriptilin, klomipramin) često se javlja neprijatan ukus ili izmena čula ukusa, a retko stomatitis. Kod upotrebe mianserina veoma retko je zabeležena pojava glositisa. Hiposalivacija, odnosno suvoća usta, izaziva progresiju parodontalnih bolesti i destrukciju zuba (21). Hiposalivacija smanjuje kod pljuvačke aktivnost čišćenja i rezultat toga je nagomilavanje dentalnog plaka na području marginalne gingive. Rezultat hiposalivacije takođe su neadekvatno puferovane kiseline, koje proizvode bakterije čiji broj raste, i na kraju dovode do propadanja zuba. Većina ljudi reaguje na hiposalivaciju pojačanom upotrebom bombona, žvakaće gume i tečnosti koje izazivaju karijes (npr. gazirana pića) koja dalje pospešuju destrukciju zuba.

Barnes et al. suggested that main problems of people with psychiatric disorders, including schizophrenia, are associated with prophylaxis, concrement removal and periodontal therapy.¹⁵ Hede showed that only 55% of people with psychiatric disorders practice oral hygiene on regular basis.¹⁶ Moreover, Valesco and Bullon discovered that, in hospitalized dentate patients, the need for instructions on oral hygiene was high (91.5%) whereas the need for prophylactic dental care was observed in 77.3% of patients.¹⁷

Negative symptoms of the main disorder contribute to its chronic character and often disable adequate rehabilitation. These symptoms, including avolition and apathy, contribute to inadequate oral health status because they reduce the ability and will for performing preventive measures in oral hygiene.¹⁸ Cognitive defects (e.g. poor memory and attention, problem-solving) in individuals with schizophrenia and schizoaffective disorders may affect their ability to benefit from skill training programmes. These defects may reduce the ability to acquire or improve skills as well as clinical responsiveness to skills training.

Additional risks for oral and dental diseases in individuals with psychotic disorders are side effects of antipsychotic drugs which may also have negative orofacial effects. The frequency of side effects of drugs is classified as frequent if they occur in more than 1% of patients taking the drug, rare in 0.1-1% of patients and very rare in less than 0.1% of patients.¹⁹ A frequent side effect of drugs is xerostomia, which occurs after taking antipsychotics, antidepressives and lithium. Salivary inhibition caused by tricyclic antidepressives has been identified as a cause of caries.²⁰ In some of the mentioned drugs, hyper salivation may occur instead of xerostomia with or without salivary gland oedema whilst hyper salivation occurs with the incidence of 54% in klozapin treatment. Xerostomia is a frequent side effect of lithium whereas sialoadenitis, disgeusia, stomatitis and hyper salivation are rare. Oral ulcerations and benign migrating glossitis (lingua geographica) are very rare. Modified or unpleasant gustatory sense is often associated with tricyclic antidepressives whereas stomatitis rarely occurs. Glossitis is very rarely associated with the use of mianserin. Hypo salivation, or xerostomia, lead to the progression of periodontal disease and tooth destruction.²¹ Hypo salivation reduces salivary cleaning effectiveness which leads to the accumulation of dental plaque on marginal gingiva. Furthermore, inadequately buffered bacterial acids are also the result of hypo salivation which may result in decay. Most people consume more candies, chewing gums or caries-promoting drinks (e.g. fizzy drinks) in response to hypo salivation and this contributes to tooth decay.

Takođe, osobe sa psihotičnim poremećajima najčešće imaju ograničen pristup stomatološkom tretmanu zbog uznemirenosti (strah od stomatološke intervencije), nedostatka finansijskih sredstava, nepostojećeg osiguranja za stomatološke intervencije kao i nepostojanje državnog sistema životnog osiguranja koji bi pokrio stomatološke usluge, i nedovoljnog broja stomatologa koji su spremni da pruže negu ovoj populaciji.

Kamen temeljac strategije lečenja bolesti usta i zuba kod osoba sa psihotičnim poremećajima je preventivna stomatološka edukacija. Oralno zdravlje osoba sa psihotičnim poremećajima može se poboljšati putem preventivnih stomatoloških programa, čiji je cilj poboljšanje ponašanja ove populacije u oblasti oralne zdravstvene zaštite. Ali svaki preventivni program za unapređenje oralnog zdravlja zahteva modifikaciju u značajnom stepenu da bi mogao da se prilagodi potrebama ove specifične populacije (22-24).

Also, individuals with psychotic disorders are often deprived of dental care due to anxiety (fear of dental interventions), financial problems, and the lack of national or private dental insurance as well as the insufficient number of dentists available to provide care for this population.

The key stone in the strategy of oral and dental health care for individuals with psychotic disorders is preventive dental education. Oral health of these patients can be improved by implementing preventive health care programmes aimed at improving behaviour of this population in oral health care domain. However, every preventive programme for improving oral health requires substantial modification in order to be adapted for the needs of this specific population.²²⁻²⁴

Literatura / References

1. *Svetska zdravstvena organizacija*. ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Beograd: *Zavod za udžbenike i nastavna sredstva*, 1992.
2. *Stefan M, Travis M, Murray R*. An atlas of schizophrenia. *The Parthenon Publishing Group*, 2002.
3. *Baldwin D, Birtwistle J*. An atlas of depression. *The Parthenon Publishing Group*, 2002.
4. *Adamović V*, redaktor. Enciklopedija psihijatrije. Beograd: *Nolit*, 1990.
5. *World Health Organization*. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. *Geneva: World Health Organization*, 2002.
6. *Mathers CD, Stein S, Ma FD*, et al. Global Burden of Disease 2000: *Version 2 methods and results*. WHO; 2002.
7. *Republički statistički zavod*. Komunikacija br. 295, br. LII. 2002.
8. *Evans CA, Kleinman DV*. The surgeon general report on America's oral health. *Journal of American Dental Association* 2000; 131(12):1721-8.
9. *Angelillo IF, Nobile CGA, Pavia M, De Fazio P, Puca M, Amati A*. Dental health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in Italy. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23:360-4.
10. *Ramon T, Grinshpoon AZSP, Weizman A*. Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Israel. *European Psychiatry* 2003; 18(1):101-5.
11. *Jovanović S*. Prevencija oralnih oboljenja hospitalizovanih osoba sa psihotičnim poremećajima [doktorska teza]. *Univerzitet u Beogradu, Stomatološki fakultet*, 2008.
12. *Lewis S, Jagger RG, Treasure E*. The oral health of psychiatric in patients in South Wales. *Spec Care Dentist* 2001; 21(5):182-6.
13. *Kenkre AM, Spadigam AE*. Oral health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in India. *Indian J Dent Res* 2000; 11(1):5-11.
14. *McCreadie RG, Stevens H, Henderson J*, et al. The dental health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110:306-10.
15. *Barnes GB, Allen EH, Parker WA, Lyon TC, Armentrout W, Cole JS*. Dental treatment needs among hospitalized adult mental patients. *Spec Care Dent* 1988; 8:173-7.
16. *Hede B*. Oral health in Danish hospitalized psychiatric patients. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23(1):44-9.
17. *Velasco E, Bullón P*. Periodontal status and treatment needs among Spanish hospitalized psychiatric patients. *Spec Care Dentist* 1999; 19(6):254-8.
18. *Friedlander AH, Liberman RP*. Oral health care for the patient with schizophrenia. *Special Care Dentistry* 1991; 11(5):179-83.
19. *Sweetman S*, ed. Martindale: The Complete Drug Reference. [Internet database]. London: Pharmaceutical Press. Electronic version. Greenwood Village, Colo: Thomson Micromedex. *Updated Periodicaly*, 2007.
20. *De Vries MW, Peeteres P*. Dental caries with longterm use of antidepressants. *Lancet* 1995; 346:1640.
21. *Guggenheimer J, Moore PA*. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. *J Am Dent Assoc* 2003; 134:61-9; quiz 118-9.
22. *Lewis S, Jagger RG, Treasure E*. The oral health of psychiatric in patients in South Wales. *Spec Care Dentist* 2001; 21(5):182-6.
23. *Tesini DA, Fenton SJ*. Oral health needs of persons with physical or mental disabilities. *Dent Clin North Am* 1994; 38(3):483-98.
24. *Friedlander AH, Marder SR*. The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. *J Am Dent Assoc* 2002; 133(5):603-10.

Adresa za korespodenciju

Svetlana Jovanović
Stomatološki fakultet Beograd
Dr Subotića 1
Tel: 011/2657830
E-mail: svetlanajr@ptt.yu

Address for correspondence

Svetlana Jovanović
School of dentistry, Belgrade
Dr Subotica 1. street
Tel: 011/2657830
E-mail: svetlanajr@ptt.yu